

## • **DOUBLE SURCLASSEMENT**

(ART 8.1.6 DU REGLEMENT INTERIEUR DE LA FFE)

Il est rappelé que la demande de double surclassement doit être présentée avant le 1er janvier de la saison de compétition, sur un formulaire agréé par la commission médicale de la FFE, au médecin de ligue. Celui-ci statue sur l'autorisation et transmet la décision au médecin fédéral national.

### ❖ **Dossier de double surclassement**

Ce dossier, établi par la Commission médicale nationale, doit être intégralement rempli pour être étudié par le médecin de ligue. Celui-ci pourra éventuellement accorder au tireur l'autorisation de pratiquer l'escrime de compétition dans la catégorie :

- Cadet pour les benjamins 2<sup>ème</sup> année
- Junior pour les minimes 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année
- Senior pour les cadets 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année

Ce dossier doit impérativement comporter :

- La demande de double surclassement signée par : le tireur, le chef de famille, l'entraîneur, le CTR.
- Les comptes-rendus des examens et les avis : du médecin traitant, du médecin agréé (titulaire du CES ou de la Capacité médecine du Sport) ou d'un centre médico-sportif.

Tout dossier incomplet sera refusé.

Ce dossier doit être transmis au médecin de ligue pour les dates fixées par celui-ci.

Conformément au Règlement Intérieur de la FFE, l'avis n'est valable que pour un an et pour une seule arme.

La notification de la décision est adressée par le président de ligue au président du club du tireur.

## ❖ Demande de double surclassement

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

L'escrimeur ci-dessus désigné sollicite l'autorisation de pratiquer l'escrime de compétition en catégorie : \_\_\_\_\_

(mentionner l'arme) \_\_\_\_\_ et pratique l'escrime

de compétition depuis la saison : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature de l'escrimeur :

### Autorisation du chef de famille :

Je, soussigné père - mère - tuteur (1) : \_\_\_\_\_

autorise le tireur ci-dessus désigné à pratiquer l'escrime de compétition

de Fleuret - Epée - Sabre (1) en catégorie Cadet - Junior - Senior (1),

sous réserve de l'autorisation médicale.

Date : \_\_\_\_\_ Signature :

.....

Je soussigné \_\_\_\_\_ entraîneur de cet enfant,  
demande pour lui un double surclassement.

Date : \_\_\_\_\_ Signature :

.....

Je, soussigné \_\_\_\_\_ CTR, estime que cet enfant  
présente un potentiel technique et un niveau d'escrime suffisant pour pratiquer l'escrime en  
compétition avec un double surclassement.

Date : \_\_\_\_\_ Signature :

**(1) Rayer les mentions inutiles.**

***NB : Tout renseignement faux ou fausse signature entraînerait des sanctions graves contre les dirigeants et les escrimeurs.***

❖ **Attestation médicale**  
(à remplir par le médecin de famille)

Je, soussigné : \_\_\_\_\_  
docteur en médecine à : \_\_\_\_\_  
certifie avoir examiné le (date) : \_\_\_\_\_  
M., Melle. (1) (nom-prénom) : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_

après avoir pris connaissance de la lettre ci-jointe,  
j'ai fait les constatations suivantes :

ANTÉCÉDENTS : médicaux - chirurgicaux (traumatiques) - ORL

\_\_\_\_\_

AUSCULTATION PULMONAIRE : \_\_\_\_\_

AUSCULTATION CARDIAQUE :

TA maxi : \_\_\_\_\_ mini : \_\_\_\_\_

Préciser si présence d'un souffle : \_\_\_\_\_

ANALYSE d'URINES : Protéines : \_\_\_\_\_ Sucre : \_\_\_\_\_

VACCINATION ANTITÉTANIQUE :

Date de la dernière vaccination (moins de 5 ans) : \_\_\_\_\_

*(1) Rayer la mention inutile.*

**Avis du médecin traitant :**

En conclusion de cet examen, j'estime que cet enfant est apte à pratiquer l'escrime de compétition en catégorie (mentionner l'arme) :

\_\_\_\_\_

À : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet (obligatoire)

Signature :

## ❖ Examen médical

(à remplir par le médecin agréé ou le CMS) :

### A/BIOMÉTRIE :

Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_

Stade pubertaire selon TANNER

Évaluation du pli cutané => 4 points de mesure.

### B/MORPHOLOGIE :

#### • Colonne - bassin

Déséquilibre du bassin \_\_\_\_\_  OUI  NON

Raccourcissement d'un membre inférieur \_\_\_\_\_  OUI  NON

Cyphose dorsale \_\_\_\_\_  OUI  NON

Hyperlordose \_\_\_\_\_  OUI  NON

Scoliose vraie \_\_\_\_\_  OUI  NON

(si oui, préciser) \_\_\_\_\_

Attitude scoliotique \_\_\_\_\_  OUI  NON

(si oui, convexité G - D) \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

#### • Genoux

Genu valgum \_\_\_\_\_  OUI  NON

(si oui, nombre de cm : \_\_\_\_\_

Genu varum \_\_\_\_\_  OUI  NON

(si oui, nombre de cm : \_\_\_\_\_

Hyperlaxité \_\_\_\_\_  OUI  NON

(si oui, préciser) \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

#### • Chevilles-Pieds

Hyperlaxité \_\_\_\_\_  OUI  NON

(si oui, préciser) \_\_\_\_\_

Pieds plats \_\_\_\_\_  OUI  NON

Pieds creux \_\_\_\_\_  OUI  NON

Port de semelles \_\_\_\_\_  OUI  NON

### C/EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE

- Pouls de repos : \_\_\_\_\_

- TA de repos : \_\_\_\_\_

- ECG de repos, pendant et après effort (joindre le tracé complet)

- Test de Ruffier :

• Pouls de repos : \_\_\_\_\_

• Pouls de fin d'effort : \_\_\_\_\_

• Pouls après 1 mn : \_\_\_\_\_

• Pouls après 3 mn : \_\_\_\_\_

- Auscultation cardiaque : \_\_\_\_\_

- Auscultation pulmonaire : \_\_\_\_\_

D/ACUITÉ VISUELLE

sans correction

avec correction

Oeil droit \_\_\_\_\_

Oeil gauche \_\_\_\_\_

E/ DIVERS

- Latéralité en escrime \_\_\_\_\_
- Latéralité de l'écriture \_\_\_\_\_
- Nombre de cm pris en un an \_\_\_\_\_
- Souplesse générale \_\_\_\_\_  BONNE  MOYENNE  MAUVAISE

CONCLUSION :

En conclusion de cet examen, j'estime que cet enfant est :  APTE ou  INAPTE  
à pratiquer l'escrime de compétition en catégorie \_\_\_\_\_  
(mentionner l'arme)

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Cachet :

.....

❖ **Certificat de double surclassement**

Je soussigné, docteur \_\_\_\_\_, certifie que

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Catégorie d'âge de référence : \_\_\_\_\_ Club : \_\_\_\_\_

Ligue : \_\_\_\_\_

ne présente pas actuellement de contre indication à la pratique de l'escrime

avec double surclassement en compétition

dans des épreuves de \_\_\_\_\_ (arme).

Un examen médical a été réalisé le \_\_\_\_\_ selon le protocole défini

par la Commission médicale de la Fédération Française d'Escrime.

Date de délivrance du certificat : \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin : \_\_\_\_\_

Visa du médecin de ligue :

Le volet ci-dessous est à adresser avant huit jours au médecin fédéral national,  
Fédération Française d'Escrime 14, rue Moncey 75009 Paris.

### ❖ Certificat de double surclassement

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Catégorie de référence : \_\_\_\_\_ Club : \_\_\_\_\_

Ligue : \_\_\_\_\_

Arme autorisée en double surclassement : \_\_\_\_\_

Date de l'examen médical : \_\_\_\_\_

Date de délivrance du certificat : \_\_\_\_\_

Signature du médecin :

Cachet :

Visa du médecin de ligue :

.....

Le volet ci-dessous est à conserver par le médecin ayant délivré le double surclassement.

### ❖ Certificat de double surclassement

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Catégorie de référence : \_\_\_\_\_ Club : \_\_\_\_\_

Ligue : \_\_\_\_\_

Arme autorisée en double surclassement : \_\_\_\_\_

Date du certificat : \_\_\_\_\_